

**福祉サービス第三者評価結果報告書**  
**【高齢福祉分野（施設系入所サービス）】**

**【受審施設・事業所情報】**

事業所名称	介護老人保健施設みみはら	
運営法人名称	社会医療法人同仁会	
福祉サービスの種別	介護老人保健施設	
代表者氏名	施設長 永井 信夫	
定員（利用人数）	65 名	ショート 13名
事業所所在地	〒 593-8325 堺市西区鳳南町5-594-1	
電話番号	072 - 272 - 8050	
FAX番号	072 - 272 - 8054	
ホームページアドレス	<a href="http://www.mimihara.or.jp/roken/">http://www.mimihara.or.jp/roken/</a>	
電子メールアドレス		
事業開始年月日	平成10年12月18日	
職員・従業員数※	正規 53 名	非正規 31 名
専門職員※	介護支援専門員（9）、医師（1）、看護師（10）、 薬剤師（1）、管理栄養士（1）、社会福祉士（1）、 介護福祉士（15）、精神保健福祉士（1）、理学療法士 （6）、作業療法士（2）、ヘルパー（6）、認知症ケ ア専門士（2）、認知症介護実践リーダー（1）	
施設・設備の概要※	[居室] 個室（8） 二人部屋（8） 四人部屋（14）	
	[設備等] 談話室、浴室 3か所、個浴 6か所、特殊浴槽 1か所、 リフト浴1か所、喫茶、デイケアスペース、機能訓練 室、診察室、事務室、厨房	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

**【第三者評価の受審状況】**

受審回数	0 回
前回の受審時期	年度

**【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】**

評価結果公表に関する 事業所の同意の有無	有
-------------------------	---

## 【理念・基本方針】

### ●民医連綱領

- 一． 人権を尊重し、共同のいとなみとしての医療と介護・福祉をすすめ、人びとのいのちと健康を守ります
- 一． 地域・職域の人びとと共に、医療機関、福祉施設などとの連携を強め、安心して住み続けられるまちづくりをすすめます
- 一． 学問の自由を尊重し、学術・文化の発展に努め、地域と共に歩む人間性豊かな専門職を育成します
- 一． 科学的で民主的な管理と運営を貴き、事業所を守り、医療、介護・福祉従事者の生活の向上と権利の確立をめざします
- 一． 国と企業の責任を明確にし、権利としての社会保障の実現のためにたたかいます
- 一． 人類の生命と健康を破壊する一切の戦争政策に反対し、核兵器をなくし、平和と環境を守ります

### ●法人理念

- 一視同仁：だれかれなく、わけへだてなく平等に愛する
- 「いのちの平等」をしっかりとふまえ、「無差別・平等の医療」をまもり続けます。

### ●品質方針

1. 患者・利用者の立場に立ち、経済的条件に配慮して、24時間365日「共同の営み」の医療・介護を友の会・地域の方とともにすすめる。
2. 健康権にもとづく社会保障、地域での健康増進活動に向けて取り組む
3. 医療・介護従事者の研修機能を担い、地域医療を担う後継者養成とチームによる医療・介護を重視する。
4. 職員の育成、BSCの徹底、PDCAサイクルの維持により、サービスの点検・質の向上に継続的に努力する。

### ●事業所の理念

病気や障害のために介護が必要になったご利用様が元気に暮らせるように支援いたします。

### ●部署別の方針

2Fフロア 笑顔を季節感のあふれるフロア、風通しのいい何でも話し合えるフロア

3Fフロア 利用者様の個別性に合わせた援助を行います。また、利用者様の身体機能向上につなげられる援助・介護・看護につとめます。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

- ・ 本人や家族の意思を尊重しつつ、終末期の看取り、急変時の対応体制を整えています。
- ・ 施設内にある在宅介護支援センターと密な連携を取り、地域や関係機関との交流を図っています。
- ・ ISO9001を取得しており、品質マネジメントシステムによって、品質の維持向上のための手法、機能を常に考えております。  
近隣に医療・福祉サービスが充実し互いに連携が取れており、地域包括的なシステムの構築ができています。

**【評価機関情報】**

第三者評価機関名	有限会社リファレンス
大阪府認証番号	270030
評価実施期間	平成27年7月17日～平成27年12月24日
評価決定年月日	平成27年12月24日
評価調査者（役割）	0501A040（専門職委員） 0501A140（運営管理委員）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

戦後の荒廃のなか、地域の人たちと医師たちが「無差別・平等の医療」をもとめ診療所の開設に立ち上がり、半世紀以上にわたり堺市南部を中心に総合病院、診療所、介護老人保健施設、歯科、訪問看護、介護事業などの複合体として、24時間365日安全・安心・信頼のサービスを提供しています。

「介護老人保健施設みみはら」は、社会医療法人同仁会が平成10年12月に開設し、近くには大型ショッピングセンターもあり、駅から徒歩10分のとても便利な場所にある施設です。

同じ敷地内には同法人のクリニック、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、若年性認知症デイサービス、通所リハビリ、認知症対応型デイサービス、在宅介護支援センター等があります。

平成27年8月1日現在の入居者数は、入居65名、ショートステイ13名の合計78名です。入居者の平均年齢は84.4歳で、平均要介護度は3.2です。

フロアは一般療養と認知症療養に分かれていて、ご利用者の状態に応じたケアと入居者が安心して日々の生活をおくれるような環境を整えています。

「介護老人保健施設みみはら」は、堺市西区に3施設しかない老人保健施設です。2012年9月より「在宅復帰型施設」へ転換を図り、2014年1月からは「在宅強化型」へと転換を実施しております。老人保健施設の本来の目的である、利用者がリハビリテーション等に取り組み、在宅復帰を目指す施設であることを提示し、良質なケアの提供とサービスの質の向上に努めています。

## ◆特に評価の高い点

### ●地域の困難ケースの受け入れ

独居の方や他の事業所では受け入れが難しい事例など、利用者の状況に応じて地域包括支援センターとの連携のもと、複合的に支援できる体制を整えています。

### ●終末期の対応

- ・施設内に「看取りケア委員会」があり、終末期の対応や死生観など職員の共通理解を深める学習会が行なわれています。
- ・本人の希望を聞きながら痛みなく安らかに最期を過ごすための「看取り」の体制が整えられています。

### ●委員会活動の充実

施設では、委員会（虐待防止、身体拘束、感染対策、褥瘡予防、給食、ボランティア、CS・接遇、看取りケア、労働安全衛生、広報、施設運営、CP推進、学習・研修、事故防止）、施設内運動関連委員会を展開し、職員自らが決定・実行する体制となっています。各部門から委員が参加しているので、全職場に情報が伝達されやすく、職員の意思の統一、コミュニケーションが図れるよう取り組まれています。

### ●職員参画による部門別経営

事業目標を部門別に設定したBSC（バランス・スコアカード）を作成し、職場会議などで月次の進捗状況を確認し評価を行なっています。また、毎月発行の「事業所内ニュース」で経営実績、数値目標を報告し職員への周知を図っています。

### ●安心・安全な職場環境

- ・労働組合と協力体制を作り、職場環境の整備に取り組んだ結果、7年間常勤職員の離職率ゼロを実現しています。
- ・介護・育児休暇、日常の休暇希望も100%実現。その他の福利厚生の実施による職員のリフレッシュに努めています。
- ・職員の腰痛防止のため朝礼時のストレッチ体操や職員トイレにストレッチ方法を貼り、腰痛対策を図っています。また、エアークッション、腰痛ベルトを配布しています。
- ・ベッドのシーツ交換の負担軽減を図るため、ボックス型シーツを導入しています。

### ●直営による食事の提供

- ・病気を治すために食べてもらうのではなく、「楽しんで食べてもらう」ことを心がけ、献立に反映させています。
- ・2014年11月に、食品衛生関係優良施設に表彰される「知事表彰」を受賞しています。

## ◆改善を求められる点

### ●事業計画など施設の優れた取り組みを地域の方々に伝える工夫

当施設は、病院、診療所、訪問看護事業所、デイサービス、訪問介護事業所などと連携し、地域に安心して住み続けられる医療と介護のネットワークを形成しています。事業所の優れた取り組みや事業計画などをパンフレット、機関紙、ホームページなどあらゆる媒体を通じて、積極的に伝えていく取り組みを期待します。

### ●積極的な地域交流と地域福祉向上のための取り組み

地域の町会や団体、学校や保育園などの行事に参加し、地域との交流を図ることを期待します。通所介護事業所や在宅介護支援センターを併設していることから、地域の福祉ニーズの把握や必要な情報を利用者にも還元するなど、今後の取り組みを期待します。

### ●レクリエーションの充実

職員での対応の他、様々なボランティア等の人材活用も含め、バリエーションあるレクリエーションのプログラムの作成にも力を入れ、利用者の満足度を更に高められるよう期待します。

### ●苦情相談の窓口の設置

利用者アンケートで「苦情相談の窓口がわからない」という意見がありました。ホームページ、パンフレットなどに、苦情窓口（責任者・連絡先）、苦情解決の方法、公表（解決結果）を掲載するなどの取り組みが望まれます。

### ●職員（常勤・非常勤）の教育

職員一人ひとりのスキルアップ、業務の効率化が不可欠です。非常勤も参加しやすい教育体制が望まれます。

## ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

### ●評価面談について

自己評価とのすり合わせで付いている第三者の評価と言う事でしたが、自己評価時に記載できていない事、伝え切れていなかったことなどが多くありましたが、面談時に評価を向上できるように、工夫した聴取の仕方をして下さったので、今後に向けて、現状の課題を施設として分析する事が出来ると考えています。

評価向上の際の設問などでは、もう少しわかりやすく可能な範囲で他施設での工夫している情報など具体的に教示いただき、より良い施設づくりのアドバイザー的な役割を担って頂けことで、評価の向上につなげることが出来るのではないかと感じました。

### ●評価項目について

利用者の日々の介護に対する設問などで「～できている」等の表記がありましたが、「～できている」で「a」評価になる為の手段などについて「月1回以上」など、具体的に数値化して頂けると、より分かりやすく感じます。

### ●アンケート結果

利用者視点・家族視点でまとめられていて、自施設課題が明確になったと考えます。自施設では拾い上げられていない声を聞いたことで、より良い施設づくりに役だてたいと考えます。

## ◆第三者評価結果

- ・別紙「第三者評価結果」を参照

## 第三者評価結果

### 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
I-1 理念・基本方針		
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
(コメント)	<p>民医連綱領に基づいた法人理念と基本方針が立てられ、施設内に掲示しています。職員には入職時のオリエンテーションと年1回の制度教育で法人沿革の理解を深め、職員が付けているネームプレートの裏に記載されている品質方針を毎朝の朝礼で唱和する部署や一文でも覚えるなどして職員への周知を図っています。今後に向けては事業所の理念や方針を振り返る機会を設けたり、利用者や家族へもわかりやすく説明するなどの取り組みに期待いたします。</p>	

		評価結果
I-2 経営状況の把握		
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
(コメント)	<p>地域の情報交換会や行政の地域包括ケア計画などを通じて地域福祉の状況把握に努めています。施設運営はサービス部門（2F療養棟、3F療養棟、食養科）と事務を分けた体制で運営されており、経営状況は、収益日報、BSC（バランススコアカード）により、部門別の目標に向けての進捗状況を明確にしています。</p>	
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
(コメント)	<p>施設の管理者会議、役員者会議で経営状況の把握・分析に努め、月2回の法人財務が行なう管理会議において財務分析を行ない、経営課題の解決や改善に向けての活動計画を立てています。年1回の「老健集会」で収支計画と経営改善目標の説明を行い、その後のグループディスカッションで課題について検討する場を設けています。</p>	

**評価結果**

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	<b>b</b>
(コメント)	理念や方針に基づき、法人全体の中長期計画の基本方向が示されています。事業所別では、理念実現に向けた目標を達成するための具体的な改善策を盛り込んだ計画が策定されています。今後は、組織の活性化と人材育成などを盛り込んだ中長期な視点での計画の策定を期待いたします。	
I-3-(1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	<b>a</b>
(コメント)	法人が策定した計画目標に近づけるよう、前年度の実績を踏まえた改善案と重点目標が事業所別に策定されています。介護老人保健施設の設置目的である利用者の在宅復帰の目標と実績も数値化されています。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

I-3-(2)-①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	<b>b</b>
(コメント)	四半期ごとの振り返りと「経営」「業務」「利用者」「共同」「職員」の視点の事業目標を設定したBSC（バランス・スコアカード）を部署別に作成し、職場会議などで毎月進捗状況を確認し評価を行なっています。また、毎月発行される「事業所内ニュース」で部署別の経営実績、数値目標を報告することで職員への周知を図っています。職員アンケートの結果からは、まだ理解が十分でないと推測される部分もあります。職員会議などを通じて、繰り返し理解を深める取り組みを期待いたします。	
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	<b>c</b>
(コメント)	事業計画の主な内容については家族懇談会で説明したり、ホームページや毎月発行の「老健みみはらニュース」に掲載するなど、利用者や家族に理解を深める取り組みを期待します。	

**評価結果**

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	<b>a</b>
(コメント)	ISO9001を認証取得後、品質マネジメントシステムによる持続的・継続的な改善が図られ、品質向上を行う仕組みが定着しています。また、PDCAサイクルを活用した、組織力と介護の質の向上、人材育成に取り組んでいます。	
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	<b>a</b>
(コメント)	2年に1回の自己評価や行政の現地指導で評価された中身で改善点があれば、全職員に職場会議を通じて周知しています。また、法人のQMS推進委員会が定期的に行なう内部監査を実施しています。	



評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
(コメント)	「責任権限一覧表」には、責任と権限が表記され、利用者の安心・安全な生活と職員の健康で働く環境を守るのが管理者としての使命と考えています。	
Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
(コメント)	法人が設置している「コンプライアンス委員会」で、法令学習会、自主点検表のチェック、総合監査が行なわれ、委員会での討議内容が周知される透明性を確保しています。また、労働基準法、労働安全衛生法、就業規則の遵守と、労働者の権利保護についても遵守されています。	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅱ-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	看護・介護の役責者の育成のために年間計画した学習会や対外的な所への積極的な参加を促しています。また、部署別に責任者を配置して権限移譲し、責任と指導力を育成しています。 職員アンケートの結果からも、職員間の連携が良く風通しの良い組織で、相談もしやすく指導も受けられると評価する声は多く、管理者の役割と責任は実践されていると見られます。	
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	事務次長、看護師長がタッグを組み、事業目標を達成していない部署の役責者とのコミュニケーションを図り、課題の改善を図っています。 労働安全衛生委員会が中心となって作業方法の改善を図り、働きやすい職場環境を目指しています。	

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

Ⅱ-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
(コメント)	介護業界を取り巻く厳しい状況の中で、7年間常勤の離職率ゼロを保っています。今年度は6年ぶりの新卒採用者と非常勤から常勤へ希望する職員が毎年おり、計画通り人員の充足ができています。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	人事考課を行わないので評価と報酬が連動していませんが、労働組合規約に常勤・パートの服務に関して規定されています。また、労働組合と合意した給与規定は透明性、公平性を基本としています。	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

Ⅱ-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a
(コメント)	労働安全衛生の向上の観点から、職員の健康管理の実施、福利厚生制度の充実、心のケア研修体制づくり、休暇取得（4週6休以上）の推進などにより、職員が働きやすい環境づくりを行っています。育児・介護休暇は利用しやすい職場環境です。	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

Ⅱ-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
(コメント)	年1回上司との育成面接が実施され、職員自ら年間の振り返りを行うとともに次年度の目標や意向が記入された『育成表』を作成しています。面接を通じて職員の思いを受け止めながら、コミュニケーションの充実に努め、職員のやる気や働きがいの向上に取り組んでいます。現在、キャリアパスに対応した研修体系を構築するための検討を行い、準備を進めています。	

II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
(コメント)	部署別に年間研修計画が立てられ、職員の参加実数が記録されています。外部研修参加後は研修報告書の提出が義務付けられ、研修内容によっては職場での伝達研修を実施し成果の共有を図っています。	
II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
(コメント)	職員の経験や習熟度に応じた研修が用意され、「大老協事例発表会」や「医療介護安全大会」などの事例発表を通じて、職員の資質の向上とサービスのレベルアップを図っています。なお、職員の約半数を占める非常勤職員についても、内容等によっては研修に参加しやすい環境と育成が今後の課題とされます。	
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
(コメント)	現在、看護・介護系の2校からの実習生を受け入れています。事前オリエンテーションで注意事項や実施方法について説明し、実習指導責任者が計画的に学ぶためのプログラムを策定しています。実習の評価は事業所の担当者の実習指導責任者が同席のもと行います。実習生を受け入れるにあたり、期間や人数と実習内容が書かれた説明書がフロアに掲示され、職員や利用者に周知しています。	

## 評価結果

II-3 運営の透明性の確保		
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	c
(コメント)	公費による福祉サービスを実施する主体としての説明責任を果たすためにも、ホームページや機関誌等で事業計画や収支報告の公開が望まれます。また、施設の役割や特徴など積極的に情報発信していくことが望まれます。	
II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
(コメント)	法人本部を主体とした、社会保険労務士、公認会計士による監査・指導が実施されています。取引業者の評価と管理は事業所管理となっており、取引に関するルールが設けられています。	

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
(コメント)	35,000世帯で組織されている「みみはら友の会」を中心とした健康づくりのための交流を行っています。年1回開催の「耳原鳳健康まつり」では、毎年2,000人ちかい参加があり、各支部、各種団体が出す模擬店やバザー、野菜販売、食べ物、ゲームをはじめ、中学校の吹奏楽部や保育所園児による発表など、利用者と地域住民との交流を持つ取り組みをしています。 利用者調査の「あなたが望めば、地域の活動に参加することが可能ですか。」の問いでは、十分でないと推測される部分もあります。地域で開催される行事などに利用者も出かけて参加できるように、生活の幅を広げるための工夫が望まれます。	
II-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b
(コメント)	ボランティアの受入れにあたり、ホームページ上で募集を行っています。ボランティアによる音楽イベント（歌謡ショー、尺八、ピアノコンサート、エレクトーン演奏）が年間を通して計画されています。 ボランティアの受入れや中学校の職場体験の協力はしていますが、受け入れにあたっての研修実施の整備がなされていません。ボランティア等への事前説明の仕組みや活動記録を残すなどの体制づくりが望まれます。	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
(コメント)	施設ではそれぞれの機関の連絡先などを記入した一覧表を作成し、職員は必要な時にいつでも活用できるようにしています。事務所の受付には、法人の関係機関のパンフレットやチラシを置き、閲覧・配付ができるようにしています。 在宅生活の維持、復帰後のアフターケア的機能として、在宅介護支援センター、デイケア、認知症対応型デイサービス、ショートステイ、訪問看護ステーションの機能を兼ね備えております。全国老人保健施設協会等への参加や区内の診療所や病院との地域連携、地域包括支援センターを中心とした介護保険事業所とのネットワークに参画し情報交換を行っています。	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
(コメント)	施設1Fに地域の作業所が運営する喫茶コーナーがあり、利用者や家族をはじめ地域の方に開放し利用されています。また、「みみはら友の会」やその他団体にも開放し、地域住民の活動拠点を提供しています。 今後、災害時にどのような役割を果たすかについて取り決め、老人保健施設が持つ専門性を生かした地域福祉活動に積極的に参加するなど、一層の地域貢献を率先して推進して行かれることを期待します。	
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
(コメント)	施設併設の在宅介護支援センターを中心に地域住民に対する相談と生活、健康、介護に関する講座や情報を発信しています。民生委員主催の血圧測定には、施設の看護師がサポートとして参加しています。 今後高齢化が進む中で一人暮らしが増え、地域が抱える課題が増えてきます。老人保健施設でも地域の自治会や住民との連携を図りながら、住民の福祉に配慮した活動実践を期待します。	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
(コメント)	「CS・接遇委員会」「虐待防止委員会」「身体拘束委員会」を施設内に設置し、定期的な見直しと改善を図る体制ができています。職員は接遇や虐待防止などに関して、施設内及び外部等の研修を通じて学んでいます。接遇では『マナーチェック表』で年1回自己評価を行ない、管理者が確認・指導する仕組みができています。	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
(コメント)	各マニュアルに利用者のプライバシー保護に関する規程が設けられ、職員及び利用者に周知されています。また、身体拘束・虐待防止に関するマニュアルも整備され、拘束・虐待の概念を職員間で統一するために具体的に事例を説明しながら指導されています。	
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
(コメント)	施設の見学や1日体験希望者には、ホームページやパンフレットを設置し情報を提供しています。毎月発行している機関誌『老健みみはらニュース』では、行事・学習会やレクリエーションの様子をアップし、いつでも情報を得ることができます。	
Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a
(コメント)	サービス開始時には、契約書・重要事項説明書を時間をかけて口頭で説明されています。契約時には、リスク説明書や職員の労働災害予防のための血液検査の説明と同意書を取り交わしています。意思決定が困難な方や身元保証人のいない利用者への配慮は、後見人及び地域包括支援センターを交え、今後の事について検討しています。	
Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
(コメント)	支援相談員が窓口となって随時対応する体制を取っています。サービス終了時には、『診療情報提供書』『看護サマリー』『介護サマリー』『退所指導書』を提供しています。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。	
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 a
(コメント)	年3回の利用者懇談会などで、制度の説明や個別の相談に乗っています。ご家族への状態説明を定期的実施しています。利用者の満足度調査を年に1回実施し結果を取りまとめ、業務・環境の見直しと改善を行い、利用者満足の上昇を図っています。また、結果については利用者家族に郵送にて報告しています。
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
Ⅲ-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 b
(コメント)	苦情解決制度については、入所時の契約書を説明する中で、相談支援員、投書箱の設置、事業所以外の苦情相談窓口として、行政機関の連絡先を重要事項説明書で明記、説明しています。法人本部にCS委員会が設置され、年1回の利用者調査により意見・要望・苦情などの把握に努め、改善に向け取り組んでいます。今後、苦情およびその解決結果については、個人情報に関するものや利用者が拒否した場合を除き公表していくことが望まれます。
Ⅲ-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 a
(コメント)	1Fに意見箱が設置されています。また、いつでも気軽に相談できる体制が整えられています。利用者アンケートの『職員に相談したいときは、いつでも相談できる』では、87.3%の高い評価となっています。
Ⅲ-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 a
(コメント)	『クレーム報告書 所内運用マニュアル』が整備されています。日常の関わりの中で寄せられた個別の不満・不安の声は、その都度『クレーム報告書』に記入し、検証を行っています。問題があれば各現場にフィードバックし、改善策を立ててもらい不適切なケアの是正に取り組んでいます。日常の関わりの中でコミュニケーションを図り、状況を把握している他、何か困ったことや不安になった場合に、利用者が相談しやすい関係を構築するよう努力しています。
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	
Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 a
(コメント)	事故防止に努める視点を育てるために、月30件のヒヤリハット報告書をあげることを目標にしています。法人の安全管理規定に基づいて、事故およびヒヤリハット発生後1両日以内に報告書を提出し、その日のうちにミニカンファレンスにて再発防止の対応策について検討し、予防処置の立案がなされています。安全衛生委員が定期的に施設内を巡視し、設備や機器の汚れ・破損を写真付きで報告し、部署別に対処・検討がなされています。委員による再確認日も設定されていますので、改善・再発防止の実施が適切に講じられています。

Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
(コメント)	<p>感染症対策、食中毒の発生及びまん延防止を効果的に推進するための「感染症対策委員会」が設置されています。委員会の定める年間計画に基づいて全職員対象の感染対策研修が設けられています。</p> <p>日々の具体的な予防策として、「消毒・手洗い」「サーベイランス」「廃棄物の分別」「感染経路別（褥瘡・ノロ・インフルエンザ・RS・O157・レジオネラ・結核・MRSA・食中毒）」などの蔓延防止マニュアルに則った予防・対応を実践しています。マニュアルは感染時期に部署別に配布されています。</p>	
Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
(コメント)	<p>防火優良施設に認定され、消防署と合同防災訓練の実施を予定しています。火災、停電、地震、断水の災害時対策規定が設けられ、非常食・飲料水・排水用の水を3日分備蓄しています。</p> <p>災害発生時の事業の継続、早期復旧を可能とするための『事業継続計画(BCP：Business Continuity Plan)』などの策定に向けた取り組みに期待いたします。</p>	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
(コメント)	<p>契約書の条文通り、サービスの提供に関する記録は、終了後2年間は保管し、記録の閲覧、謄写を求めた場合には原則応じています。</p>	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-1-(7)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	—
(コメント)		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
(コメント)	福祉サービスのマネジメント業務、援助技術に関する標準的な実施方法が文書化されています。	
Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
(コメント)	品質マネジメントシステムが定着しており、法人本部のQMS（品質マネジメント）推進委員会が行なう内部監査で、持続的・継続的な品質の改善を図っています。PDCAサイクルを継続的に実施し、課題の明確化、改善策や改善計画の検討・実施が行われています。	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
(コメント)	入所運営業務の流れが文書化され、施設サービス計画書の策定に関する体制が確立しています。医師、看護、相談員、介護、栄養管理士、PT、OTの担当者がアセスメントを行い、利用者・家族の希望に応じた個別支援計画の作成により、満足いただけるサービスの提供に努めています。	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
(コメント)	施設サービス計画書の評価・見直しは、1ヶ月に1回、最長3ヶ月に1回、継続判定会議にて行っています。利用者・家族の要望や職員の意見に併せて、適時対応する体制が整っています。	
Ⅲ-2-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a
(コメント)	利用者の急変時にも、医師・看護師の指示のもとに多職種と連携し、利用者や家族には状況報告や方針を説明し、同意を得て新たな計画変更を行っています。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a
(コメント)	実施状況の記録と新たな対応策の決定など、利用者の安全を守るための取り組みがきちんと行われ、看護・介護別のシート表やソフトを用いた記録で共有化されています。日勤・夜勤など職員間での業務引き継ぎも『申し送りノート』『ワークシート』に記入し、情報の共有を図っています。	
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
(コメント)	「個人情報保護計画」が策定され、実施、評価、改善を行うとともに、職員はこの規定に従って個人情報の保護に努めています。	



Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。	
Ⅲ-2-(4)-① 身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
<p>(コメント) 身体拘束ゼロ宣言を行っています。 身体拘束廃止のための指針が定められ、身体拘束廃止マニュアルを作成するとともに、身体拘束廃止の強化充実を図っています。 職員研修は年に1回以上、必要に応じて外部研修に参加しています。</p>	
Ⅲ-2-(4)-② 利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	—
<p>(コメント)</p>	
Ⅲ-2-(4)-③ 寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a
<p>(コメント) 病院から退院して施設に入所された方なら、入院する前の状態に戻すことを第一目標とした機能訓練を行っています。 食事はできるだけ離床して食堂で食べていただくように配慮しています。胃ろうの方も体調を配慮した上で離床を促し、寝たきりにさせない取り組みを行っています。</p>	

## 高齢福祉分野【施設系入所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
A-1-①	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a
(コメント)	職員は利用者の希望を尊重した上で、毎月のイベントへお誘いしています。季節感を感じる新年会、運動会、敬老会、忘年会などの行事を開催しています。レクリエーションはフロア別に行い、朝のラジオ体操、おやつレク（クレープ・たこ焼き）、デザートバイキング、少人数のお買物ツアー。その他、ボランティアによる音楽演奏やダンスなど、様々なイベントを通じて少しでも生活に楽しみが出る工夫をしています。施設に週2回理美容に来ていただいているので、希望すれば利用することができます。毎回希望者も多く楽しい時間となっています。	
A-1-②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a
(コメント)	ご自宅の仏壇の片づけやお買物など職員が同行し個別に対応しています。マナーチェック表（勤怠・身だしなみ・言葉づかい・気配り・環境・その他）を4段階で自己評価し、利用者への言葉づかいや気配りが出来ているか確認するようにしています。利用者調査の「職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。」の設問に関しては、94.5%が満足していると回答しています。	

評価結果

A-2 身体介護

A-2-①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<p>利用者の安全確保・事故防止対策として、浴室および入浴機器の点検を1ヶ月に1回入浴委員が点検をしています。 『入浴準備・脱衣室介助マニュアル』に沿った介助・支援をしています。同性介助ではないが、利用者の希望を聞いて介助を行っています。 入浴は週2回あり、いくつかの種類（大浴場・特殊浴槽・個浴槽・機械浴・リフト）が用意されています。 入浴委員会が企画した季節湯（菖蒲湯・ゆず湯・さくら湯）が利用者に好評です。</p>	
A-2-②	排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<p>職員は、利用者の排泄に関するパターンを把握し、適切な介助が行われるよう、排泄マニュアルに沿った介助・支援をしています。 日中はトイレ誘導を行い、朝だけでもトイレに座って排泄してもらうための支援をしています。夜は睡眠時間を確保し安眠出来るよう大きめのパットを使用する等、利用者の状況に応じて対応しています。 冬場はトイレの保温に配慮しています。</p>	
A-2-③	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<p>福祉用具は不備がないか点検を行い、安全に使用できるようにしています。 転倒・転落予防やナースコールを押せない方のために、離床センサー、着装センサーを『導入管理マニュアル』に沿った方法で使用しています。 使用する際は、必ず使用しない時が来ることを利用者・家族に伝え、同意を得た上で導入しています。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<p>『褥瘡対策指針』が定められ、『褥瘡対策マニュアル』が作成されています。 褥瘡になっている状態で入所される方もいるので、全身皮膚の状態を入浴時に観察するとともに、皮膚の清潔保持に努めています。 入所時には、褥瘡発生の予測（ブレイデンスケール）を用いて、看護職だけでなく介護職と一緒に把握し、多面的に観察することで褥瘡予防に取り組んでいます。 出来る限り離床を促し、管理栄養士や多職種による食事の観察（ミールラウンド）で喫食状態を把握しています。低栄養状態の利用者には高カロリーゼリー等を補助食品として提供しています。 褥瘡発見時には、速やかに医師に報告し、医師の観察にて治療計画を立て、褥瘡の経過を写真に収め、法人の認定看護師と連携を図りながら褥瘡の改善に努めています。</p>	

A-3 食生活

A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
(コメント)	<p>管理栄養士が、利用者ひとり一人のスクリーニング、嗜好及び食生活について聞きとり、栄養ケア計画を策定しています。病気を治すために食べてもらうのではなく、楽しんで食べてもらうことを心がけ、献立に反映させています。栄養ケアを効率的・効果的に行うために給食委員会で各部署・食養科と協議しながら進めています。</p> <p>食事時間は提供時間内であれば、自由に来て食事することができます。食事介助が必要なフロアは、一堂に集まることはせず三カ所ぐらいに分散させて、ゆっくり食事ができるよう配慮しています。</p> <p>利用者調査の、「食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。」の設問に関しては、83.6%が満足していると回答しています。</p>	
A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<p>月に1回STに来てもらい、嚥下評価を行なっています。食事の形態は、常食、大きざみ、小ぎざみ、嚥下食、ソフト食に分けて対応しています。食事介助マニュアルが作成され、摂食嚥下障害の方の食事の準備や観察方法、口腔ケアや摂食時に安全に食べるための注意を払い誤嚥の防止を図っています。毎食残量チェックを行い、体重測定、栄養コントロールをし、食が進まない利用者には、主食をご飯からうどんに変えたり、主菜を2つ用意するなど、食べたい物を食べてもらう工夫をしています。</p>	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
(コメント)	<p>入所時に無料歯科検診を受けてもらい口腔状態の把握に努めています。希望の方には週1回、月1回の歯科検診を受けてもらっています。食事前の口腔体操を行っています。うがいや洗浄によるケアができない場合の口腔清掃としてガーゼでの拭き取りなど、個別に対応しています。今後は歯科医や歯科衛生士の助言や指導を受け、口腔ケアの維持・向上に取り組まれることを期待します。</p>	

評価結果		
A-4 終末期の対応		
A-4-①	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a
(コメント)	<p>利用者が施設での最期を望まれた場合、看取りに関する指針の説明を行い内容に関して同意を得ています。本人の希望を聞きながら痛みなく安らかに最期を過ごすための「看取り」の体制を整えています。最後を迎えるときは、個室に移動して家族と一緒に看取り死後の処置をおこない、お別れのための場を整え、職員や入所者などなじみの人によるお別れをおこなっています。</p> <p>「看取りケア委員会」が中心となり、職員の共通理解を深めるための勉強会を行っています。</p> <p>利用者が亡くなった後も家族と手紙のやり取りをするなど、家族に寄り添う対応をしています。</p>	

評価結果		
A-5 認知症ケア		
A-5-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
(コメント)	<p>施設では、“否定しない、寄り添う、見守る”ことを大切に、人権に配慮した介護を提供しています。認知症ケアに関しての知識を深めるために、「認知症介護実践者研修」への参加や、施設内での内部研修を実施するなど職員の専門性の向上に努めています。作業療法士は、認知症予防・改善を図るための計画を策定し、計算問題、塗り絵、編み物、折り紙などのリハビリに取り組んでいます。介護職員は個々に応じたコミュニケーションを図り、利用者主体の生活を支援するよう取り組んでいます。</p>	
A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a
(コメント)	<p>多職種で一緒に考え、ゆっくり過ごしてもらいやすいお部屋や環境づくりを心がけています。</p> <p>徘徊など自力移動は利用者の自己決定に任せているが、転倒、転落等リスクの高い場合は、離床・フローセンサーを使用することで事故予防を行っています。センサーの使用は拘束・虐待の恐れがあるため、使用の有無についての評価は、「拘束ゼロ・事故防止委員会」において見直しを行っています。</p>	

評価結果		
A-6 機能訓練、介護予防		
A-6-①	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a
(コメント)	日常生活の中で心身機能を活性化するために、OT、PTの指導のもと朝のラジオ体操をはじめとする各種の生活リハビリに取り組んでいます。自宅での生活を想定した階段昇降や屋外での長距離歩行、平行棒を使った伝い歩きの応用的な訓練などを実施しています。ただ訓練をするのではなく、動機づけを持って頑張れるよう支援を行っています。利用者の身体に痛みがあるときは、痛みを軽減する温熱療法を導入しています。	

評価結果		
A-7 健康管理、衛生管理		
A-7-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a
(コメント)	朝・昼・夜の食事のタイミングに合わせて、居室にこもる方がおられないか必ず確認を取っています。そこでの異変に気づいた場合は、該当部署の看護師へ連絡し状態の把握に努め、診察が必要な状態なら家族への連絡、併設クリニックへ受診依頼を行なっています。服薬管理は『薬管理および配薬マニュアル』に沿って行われ、朝・昼・夕・就寝前に色分けされた薬により個別に管理され、飲み忘れなどの服薬のミス防止に細心の注意を払っています。	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
(コメント)	『食品管理マニュアル』『食中毒予防マニュアル』に沿った運用がなされています。調理に携わる職員の衛生管理（検便・手洗消毒・マスク・帽子等）、取引業者には食品衛生許可書の提出と確認を取っています。食事の下膳時間も保冷車から配膳後1時間経ったら破棄するなど食中毒を発生させないように徹底しています。感染症対策も十分にされており、蔓延防止マニュアルに沿った予防対策を実践し発生予防に努めています。	

評価結果		
A-8 建物・設備		
A-8-①	施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a
(コメント)	安全衛生委員が定期的に施設内を巡視し、設備や機器の汚れ・破損を写真付きで報告し、部署別に対処・検討がなされています。委員による再確認日も設定されていますので、改善・再発防止の実施が適切に講じられています。不備のある場合は事務所に修理依頼をし、修理可能な場合は職員自らが行っていきます。	
評価結果		
A-9 家族との連携		
A-9-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
(コメント)	カンファレンス、ケアプラン更新時、医師から家族に病状説明が必要な時やリハビリ計画の説明時、家族会などの機会を通じて日頃の様子を伝えたり、利用者の希望など家族との連携を大切に保ちながら利用者を支援しています。毎月請求書と一緒に機関誌『老健みみはらニュース』を同封し、施設での様子を伝えています。	

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	利用者及び利用者家族・代理人（老健・デイケア・デイサービス）
調査対象者数	利用者 55人 / 家族・代理人 61人
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

老健施設みみはら、通所リハビリ、認知症対応型デイサービスを利用されている方、家族・代理人を対象にアンケート調査を行いました。  
配付は241件（老健74件、デイケア130件、デイサービス37件）回収は116件ありました。  
（回収率 48.1%）

#### ▼特に満足度の高い項目（利用者）

- 「職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。」94.5%
- 「職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。」94.5%
- 「職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。」87.3%
- 「食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。」83.6%

#### ▼特に満足度の高い項目（家族・代理人）

- 「職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。」95.1%
- 「職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。」95.1%
- 「職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。」95.1%
- 「職員は、家族の意見や希望をいつも聞いてくれますか。」93.4%
- 「サービス開始にあたり、サービスに関する契約を文書で取り交わしましたか。」93.4%
- 「サービス実施計画が作成される際に、ご利用者及び家族の意見や希望を聞いてくれましたか。」93.4%
- 「ご利用者の心身の状況等について、連絡帳・電話により家族との情報交換を行ってくれますか。」91.8%

#### ▼満足度の低い項目（利用者）

- 「あなたが望めば、地域の活動に参加することが可能ですか。」34.5%

#### ▼満足度の低い項目（家族・代理人）

- 「苦情対応の相談窓口を知っていて、実際に苦情や意見は言いやすいですか。」42.6%